

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 9 Janvier 1895, à une heure

par

Emile LELOUTRE

Né à Saint-Germain-le-Gaillard (Manche) le 10 Octobre 1869

ÉTUDE CLINIQUE

DES

ULCÉRATIONS DIATHÉSIQUES

DE LA CORNÉE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { MARCHAND, professeur.
JALAGUIER et TUFFIER, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1895

95

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 9 Janvier 1895, à une heure

par

Emile LELOUTRE

Né à Saint-Germain-le-Gaillard (Manche) le 10 Octobre 1869

ÉTUDE CLINIQUE

DES

ULCÉRATIONS DIATHÉSIQUES

DE LA CORNÉE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { MARCHAND, professeur.
JALAGUIER et TUFFIER, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

41, 43, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 41, 43

PARIS

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.		
Professeurs	MM.		
Anatomie	FARABEUF.		
Physiologie	CH. RICHET.		
Physique médicale	GABRIEL.		
Chimie organique et chimie minérale	GAUTHIER.		
Histoire naturelle médicale	BAILLON.		
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.		
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.		
	{ DEBOVE.		
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.		
Anatomie pathologique	CORNIL.		
Histologie	MATHIAS DUVAL.		
Opérations et appareils	TERRIER.		
Pharmacologie	POUCHET.		
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.		
Hygiène	PROUST.		
Médecine légale	BROUARDEL.		
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.		
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.		
	{ G. SEE.		
Clinique médicale	{ POTAIN.		
	{ JACCOUD.		
	{ HAYEM.		
	{ GRANCHER.		
Maladies des enfants	JOFFROY.		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.		
Clinique des maladies du système nerveux	DUPLAY.		
	{ LE DENTU.		
Clinique chirurgicale	{ TILLAUX.		
	{ BERGER.		
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.		
Clinique ophtalmologique	PANAS.		
Clinique d'accouchement	{ TARNIER.		
	{ PINARD.		
Professeurs honoraires.			
MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.			
Agrégés en exercice.			
MM			
ALBARRAN.	DEL BET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAILLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
B. R.	GILBERT.	NELATON.	E. HIEAU.
B. ISSAUD.	GLEY.	NETTER.	UFFIER.
B. JON.	HEIM.	POIRIER, chef	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	des travaux	VI. LEJEAN.
C. ARBIN.	LEJARS.	anatomiques.	WEISS.
CAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	REITTERER.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. FUPIN.

L'assemblée en date du 9 décembre 1798, l'école a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES PREMIERS MAITRES

DE L'ÉCOLE DE CAEN

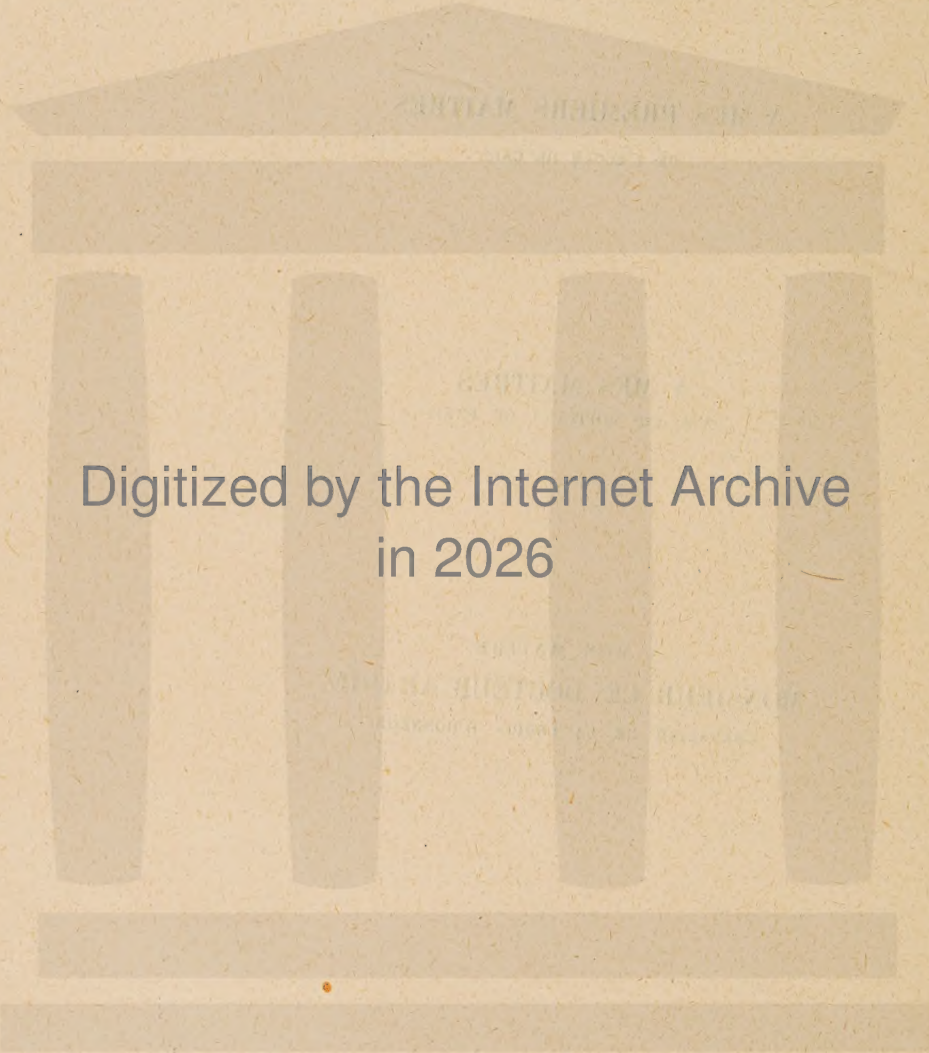
A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ABADIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553811_0037

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur TILLAUX

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien de la Charité

Officier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

Pour entrer de plein pied dans notre sujet, nous dirons dès ces premières lignes que les ulcérations dont nous allons entretenir le lecteur sont les affections communément appelées, l'une kératite phlycténulaire ou pustuleuse, ce sera notre ulcération lymphatique, l'autre, ulcère marginal, nous en ferons notre ulcération arthritique.

La première de ces affections étant très connue, nous ne ferons qu'esquisser son étude à grands traits. Au contraire, nous nous arrêterons quelque peu sur l'ulcère marginal, en nous efforçant surtout de prouver qu'il mérite bien l'épithète d'arthritique que nous lui décernons, que parmi les ulcérations de la cornée il forme bien une variété complètement à part et que de son étiologie surtout dépend son traitement.

Que M. le docteur Abadie qui nous a suggéré ce travail après nous avoir toujours témoigné la plus grande bienveillance en nous initiant à l'art de guérir les yeux malades et de maintenir les yeux sains en bonne santé,

veuille bien recevoir ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Mais avant de poursuivre nous devons également remercier les maîtres qui nous ont permis de mener à bien nos études médicales ; d'abord nos premiers maîtres qui à Caen nous ont enseigné les éléments de la médecine MM. les docteurs Auvray, Barette, Fayel, Gidon, Guillet ; ensuite à Paris M. le docteur Just-Lucas Championnière dont nous avons été très-heureux d'apprendre l'élection à l'Académie de médecine, puis le regretté maître de clinique interne le professeur Peter. Enfin nous devons à notre ancien interne et meilleur ami M. le docteur Damourette la plus profonde reconnaissance pour les bienveillants conseils qu'il n'a jamais cessé de nous prodiguer. Nous n'oublierons pas non plus le charmant accueil que nous firent MM. les docteurs Darier et Lakah anciens chefs de clinique de M. le docteur Abadie.

Nous prions M. le professeur Tillaux, d'agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre thèse.

CHAPITRE I

Considérations générales

ULCÉRATION

Pour beaucoup d'auteurs, l'ulcération est le travail qui produit l'ulcère. Mais on peut lire dans le dictionnaire de Jaccoud : « Le mot ulcération s'emploie encore pour désigner une perte de substance superficielle et de petite dimension, et en particulier les solutions de continuité des muqueuses peu profondes et fugaces. »

Or dès les premiers temps de la keratite pustuleuse le sommet de la pustule s'exulcère et il reste « une *ulcération* superficielle arrondie à fond grisâtre et à bords un peu saillants. » Cette phrase est extraite des ouvrages classiques,

Nous espérons donc que nul ne nous contestera le droit d'employer le mot « ulcération » aussi bien pour la keratite pustuleuse que pour l'ulcère marginal,

DIATHÈSE

Comme le mot l'indique (*διαθεσις* disposition) la diathèse est une disposition morbide qui entretient et engendre chez l'individu (et ses descendants ?) un certain groupe de maladies en apparence disparates ; ou bien encore avec M. le Professeur Bouchard c'est « un trouble permanent des mutations nutritives qui prépare, provoque et entretient des maladies différentes comme formes symptomatiques, comme sièges anatomiques et comme processus pathogéniques. » Comprenant ainsi la diathèse nous devons exclure la syphilis.

Nous nous rangeons donc du côté des auteurs français qui presque tous ne reconnaissent que deux diathèses. Ce sont la diathèse lymphatique ou lymphatisme, et la diathèse arthritique ou arthritisme.

LYMPHATISME

« La scrofule n'est pas héréditaire, disent les auteurs du dictionnaire en soixante volumes, les parents ne transmettent pas à leurs enfants le vice ou virus écrouelleux, mais on doit admettre que les enfants qui participent le plus souvent de l'organisation physique des parents en reçoivent aussi tel tempérament ou telles idiosyncrasies qui les prédisposent à telles ou telles catégories de maladies. » Si le lecteur veut bien remarquer que maintenant nous lisons lymphatisme là où les anciens ont écrit scrofule, il pourra se convaincre que l'idée de diathèse lymphatique ne date pas d'aujourd'hui.

Si la scrofule peut être confondue avec le lymphatisme, il n'en n'est pas de même de la tuberculose. Malheureusement on ne peut nier que le bacille de Koch ne trouve chez le lymphatique un terrain qu'il ne semble que trop particulièrement affectionner.

Quelques lignes maintenant sur l'individu lymphatique. Sa peau est fine, douce et blanche. Son œil est bleu, sa chevelure est blonde. Il a dans le regard une expression humide et langoureuse. Aucune rudesse dans ses formes arrondies. Ses chairs sont molles et ses muqueuses pâles et roses. Il a l'intelligence vive et la mémoire rapide.

Quel tableau brillant, malheureusement voici le revers.

Sa peau fine est dès l'enfance recouverte d'impetigo nommé vulgairement gourme. Plus tard des boutons d'acné lui succèdent quand ce n'est le loup.

Les beaux cheveux blonds du jeune lymphatique sont souvent agglutinés par les croûtes impétigineuses du cuir chevelu que le public nomme croûtes de lait.

L'œil bleu est sujet aux phlyctènes de la conjonctive et de la cornée laissant parfois à leur suite un lécôme plutôt disgracieux. Ses formes sont parfois tellement arrondies par un embonpoint précoce qu'il en devient presque difforme.

Ce qui le caractérise surtout c'est le développement de son système lymphatique. Ses ganglions toujours un peu volumineux ont sans cesse des tendances à prendre des proportions exagérées et même à s'enflammer. C'est du reste à cause de la forme que prend son cou lorsque ses ganglions cervicaux sont hypertrophiés que les anciens l'avaient appelé scrofuleux, ce qui veut dire ayant le cou semblable à celui d'une truie. Il a les lèvres épaisses et les ailes du nez gonflées. Ses extrémités et ses oreilles sont froides et sujettes aux gerçures et aux engelures.

Sa nutrition est lente, ses réactions sont molles.

Sa peau et ses muqueuses sont sujettes à des inflammations, mais des inflammations chroniques qui se font sans beaucoup de réaction ni de tapage. Chez lui en un mot tout se fait mollement. Il est intelligent mais sans volonté.

S'il a de la mémoire, il ne s'en sert pas, ce qui a fait dire à Hardy : « Le scrofuleux a horreur du travail. »

ARTHRITISME

Dans son remarquable traité des maladies par ralentissement de la nutrition, Monsieur le professeur Bouchard nous fait pour ainsi dire mettre le doigt sur les liens de parenté qui rattachent entre elles les nombreuses maladies pouvant exister chez l'individu qui possède la diathèse arthritique. Cette diathèse Monsieur le professeur Landouzi l'appelle encore bradytrophique.

On y voit que l'arthritique est spécialement prédisposé à l'obésité tardive, au diabète, aux lithiases biliaire et rénale, à l'albuminurie, à la goutte et surtout au rhumatisme aigu et chronique, à l'asthme, aux névralgies, à l'eczéma, au psoriasis. Ajoutons-y avec M. Lancereaux, le spasme de la glotte, l'urticaire, la dyspepsie, les hémorrhoïdes et nous aurons la liste à peu près complète des affections auxquelles prédispose la diathèse rhumatismale.

L'arthritique a les yeux et les cheveux de couleur foncée. La peau est moins fine mais aussi moins sujette aux gerçures que celle du lymphatique. Loin d'être arrondies, ses formes sont plutôt anguleuses, ses muscles, son squelette se dessinent ou se devinent à travers ses téguments.

Il est sec, nerveux, alerte, remuant, actif si toutefois il ne tombe dans l'hypocondrie. Ses réactions sont vives. L'air froid dans sa poitrine produira plutôt une pneumonie aiguë

qu'une bronchite chronique. Ses yeux seront plutôt sujets aux conjonctivites catarrhales aiguës qu'aux conjonctivites ou keratites pustuleuses. En revanche ses cheveux tombent plus vite et plus facilement que ceux du lymphatique. L'alopecie syphilitique se rencontre plus souvent chez les arthritiques que chez les lymphatiques.

CHAPITRE II

Ulcération lymphatique

OU

Keratite pustuleuse

ETIOLOGIE

Comme nous l'avons dit dans notre introduction, n'ayant aucune idée neuve à exposer dans ce chapitre, nous le ferons très-court.

Pour Monsieur le Professeur Panas, la keratite pustuleuse est toujours précédée d'un peu de blépharite ciliaire. La racine de chaque cil ne remplit pas la gaine qui l'entoure, il reste un espace destiné à livrer passage aux produits sébacés. Les poussières sont arrêtées au niveau de l'orifice externe de cet espace et pour peu que la constitution du sujet s'y prête, chaque gaine devient un lieu de culture.

Quelle est donc cette constitution ? C'est le lymphatisme. En effet si la poussière arrêtée au niveau des cils était la seule cause de la keratite pustuleuse, tout le monde à tout âge pourrait l'avoir. Or que voyons-nous ? D'abord cette affection est excessivement rare à partir de 30 ans. Elle est

au contraire très-fréquente dans la jeunesse. En voici la raison : C'est dans le jeune âge que l'organisme ayant le plus besoin d'échanges nutritifs, le système lymphatique brille de tout son éclat, c'est lui qui prédomine. Et encore les enfants sont-ils lymphatiques à des degrés différents, aussi voit-on la keratite pustuleuse, chez ceux qui le sont davantage. Dans la plupart des cas où nous avons vu de petits malades venir accompagnés de leurs frères et sœurs, ces petits malades présentaient les signes et les stigmates du lymphatisme beaucoup plus développés. Lorsque la keratite pustuleuse se développe chez un adulte vous êtes sûr de trouver des signes indiquant qu'il est lymphatique, ou bien il a de grosses lèvres et de grosses narines, ou bien il a des cicatrices de ganglions jadis enflammés, ou bien il a des ganglions volumineux (Obs. B.).

Tous les lymphatiques n'ont évidemment pas cette affection. Mais tandis que le froid, les poussières ne produiront qu'une simple conjonctivite chez un individu sans diathèse, ces mêmes irritations chez le lymphatique produiront presque toujours la keratite pustuleuse.

SYMPTOMATOLOGIE

Cette ulcération a tour à tour été nommée : keratite pustuleuse, keratite phlyctérulaire, kerato-conjonctivite pustuleuse, keratite ulcéro-phlyctérulaire. Il est logique de l'appeler avec Arlt et Panas keratite lymphatique ou mieux encore keratite ulcéro-lymphatique.

Elle débute par une ou quelques petites phlyctènes d'abord complètement transparentes, mais qui s'opacifient promptement. Aussi lorsque les malades viennent nous trouver, elles sont généralement jaunâtres si même elles existent encore.

Le deuxième stade de la phlytèce n'est en effet pas plus long que le premier, et dès les premiers jours après le début de la maladie, la pustule a disparu pour faire place à une petite ulcération ronde et bien limitée mais généralement entourée d'un halo plus ou moins flou et plus ou moins étendu. De cette ulcération part un petit pinceau de vaisseaux fins et légèrement sinueux qui s'étalent et aboutissent à la conjonctive. Toute la conjonctive est hyperémiee, mais on ne remarque aucun suintement, aucune croûte sur le bord des paupières et le malade, ou bien ceux qui le conduisent nous diront que l'œil n'est pas collé le matin.

Ces pustules peuvent être seules ou au nombre de deux

ou trois. Elles peuvent même se réunir entre elles et former ainsi une petite ulcération à bords irréguliers. Elles peuvent siéger sur la cornée seulement, ou bien à cheval sur le limbe cornéen, empiéter en même temps sur la conjonctive et la cornée. Elles méritent alors le nom de kerato-conjonctivite.

Les pustules occupent généralement le diamètre horizontal de l'œil, ce qu'on attribue à ce que ce diamètre est plus exposé à toutes les poussières, grâce à la disposition de la fente palpébrale.

On ne rencontre jamais dans cette affection les douleurs péri-orbitaires que nous signalerons dans l'ulcère arthritique. Le seul phénomène douloureux est la photophobie qui consiste en ce que l'œil atteint de keratite pustuleuse ne peut supporter aucune lumière vive.

PRONOSTIC ET COMPLICATIONS

Sous l'influence d'un bon traitement, la keratite pustuleuse se guérit généralement en quelques jours. Aussi le pronostic n'en n'est jamais bien grave. Cependant lorsque la pustule a siégé sur le centre de la cornée, la vision peut être plus ou moins compromise. En effet la keratite pustuleuse laisse presque constamment après elle un lencôme qui malheureusement est très long et très difficile à faire disparaître, heureux encore s'il ne persiste pas indéfiniment. Grâce à ce lencôme tous les objets sont vus comme à travers un nuage épais, suivant l'opacité du lencôme.

Une complication beaucoup plus grave c'est la keratite infectieuse qui peut amener la fonte purulente de l'œil, ou plus souvent une perforation de la cornée avec hernie de l'iris, ce qu'on nomme lencôme adhérent qui prédispose à divers accidents, entre autres du glaucôme.

TRAITEMENT

Puisque la kératite pustuleuse est sous la dépendance de la diathèse lymphatique, le traitement doit être local et général pour s'appliquer à la lésion et à la cause. Comme traitement local on a tour à tour employé et vanté, les compresses tièdes d'eau boriquée, la poudre de calomel, les douches de vapeur, les collyres d'atropine dont on a tant abusé.

A la clinique du docteur Abadie nous employons la pommade jaune qui nous a toujours merveilleusement réussi, même dans des cas d'infection, aussi ne craignons-nous pas de dire que cette pommade est le médicament spécifique de la kératite pustuleuse. Au lieu de l'employer au quarantième comme on le fait généralement, nous l'employons à 1/10.

A l'aide d'un petit pinceau nous introduisons dans l'œil malade gros comme la tête d'une épingle de cette pommade, tous les deux jours pour les kératites ordinaires et tous les jours pour les kératites graves.

Comme traitement général nous avons remplacé l'huile de foie de morue qui est très bonne, par un vin iodo-tanné que les enfants prennent et supportent très bien. Ces préparations iodo-tannées nous ont toujours donné d'excellents résultats.

OBSERVATIONS

Toutes ces observations sont personnelles et ont été recueillies à la clinique de M. le docteur Ch. Abadie.

OBSERVATION A

Le 12 octobre 1894, Mademoiselle Dup., 14 ans, vient nous consulter pour une petite ulcération siégeant à la partie externe de la cornée, s'accompagnant de forte injection des vaisseaux conjonctivaux. Elle souffre très peu.

Elle est blonde. Ses ganglions cervicaux sont normaux mais elle a les ailes du nez gonflées et les lèvres épaisses et souvent gercées.

Diagnostic : keratite pustul, lymphatique.

Traitement local : pommade jaune tous les deux jours.

Traitement général : élixir iodo-tanné Naline, une cuillerée à soupe par jour.

Tout s'améliore peu à peu et le 27 octobre on la considère guérie.

OBSERVATION B

M. Desj., 31 ans, châtain clair — a les ganglions cer-

vicaux très-développés. Depuis le 31 septembre son œil droit est rouge et la lumière le gêne.

Il vient à la clinique le 12 octobre. On constate alors deux pustules ulcérées jaunâtres bien circonscrites, l'une est à cheval sur la partie supérieure du limbe cornéen, l'autre tout près du bord externe de la cornée. La conjonctive est très-enflammée.

Diagnostic : kerato-conjonctivite pustuleuse.

Traitement pommade jaune et élixir iodo-tanné Naline.

Le 15 la conjonctive n'est presque plus rouge et les ulcérations de jaunâtres sont devenues presque transparentes.

Le 18 il peut reprendre son travail.

Le 20 guéri.

OBSERVATION C

Le 9 novembre on nous conduit mademoiselle Mil... âgée de 7 ans 1/2 pour une affection que nous diagnostiquons keratite pustuleuse lymphatique.

On remarque à l'œil gauche deux ulcérations circonscrites rondes et jaunâtres. L'une occupe le centre de la cornée et l'autre l'angle externe de l'œil tout près du limbe cornéen.

La conjonctive est très-enflammée et l'enfant fuit la lumière.

Cette enfant est blonde ; ses lèvres et ses narines sont épaisses, elle a eu beaucoup de gourme. Ses ganglions sous-maxillaires sont très-développés des deux côtés.

Traitement : pommade jaune et élixir Naline.

Le 15 l'inflammation conjonctivale est limitée autour de la pustule occupant l'angle externe de l'œil. Les deux pustules ne sont plus jaunes mais lactescentes.

Après une amélioration progressive, l'enfant est considérée comme guérie le 25 novembre.

Cependant, comme il reste un léger leucôme central, on la soumet aux douches de vapeur et à la poudre de calomel, traitement qu'elle continue de suivre en ce moment.

OBSERVATION D.

M. Laur., 6 ans, blond, lèvres et narines épaisses — ganglions cervicaux très-développés — a eu beaucoup de gourme, et plusieurs fois déjà a eu mal aux yeux et aux paupières — la mère est morte phtisique.

Le 29 octobre on constate à l'O. G. deux pustules ulcérées sur le bord interne de la cornée, n'empiétant pas sur la conjonctive qui est fortement hypérémiée et envoie de fins vaisseaux à ces deux petites ulcérations superficielles rondes et régulières. De plus un leucôme, vestige d'ancienne keratite couvre le centre de la cornée.

L'enfant ne peut supporter la lumière.

La cornée de O. D. est couverte de leucômes.

Diagnostic : keratite pustuleuse lymphatique et leucômes dues à d'anciennes keratites.

Traitement : pommade jaune et élixir Naline.

Le 3 novembre, l'œil est moins rouge et s'ouvre plus facilement.

Le 7 novembre, l'amélioration continue.

Leloutre

Le 12 novembre, de simples taches grisâtres ont remplacé les pustules et la conjonctive n'est presque plus enflammée.

Le 16 novembre, toute inflammation ayant disparu, on supprime la pommade jaune qu'on remplace par des douches de vapeur et la poudre de calomel. L'élixir Naline est continué.

CHAPITRE III

Ulcération arthritique

OU

Ulcère marginal

ETIOLOGIE

Stoll en 1809 paraît être le premier qui ait soupçonné les manifestations oculaires du rhumatisme. Il a décrit sous le nom d'ophtalmie séreuse une conjonctivite qu'il pense être d'origine rhumatismale.

En 1811 Wardrop signale la sclérotite rhumatismale.

En 1840 Tyrrel décrit l'épi-sclérite et Ferrol la ténonite.

Cependant à peu près vers la même époque, dans leurs magistrales leçons sur le rhumatisme, Chomel et Bouillaud semblent à peine soupçonner l'existence des complications oculaires du rhumatisme. Chomel toutefois admet que de temps en temps l'épi-sclérite peut avoir une origine arthritique.

Plus tard (1865) Follin et Fernet joignent à cette courte liste l'irido-choroïdite et l'épi-sclérite. Peu après on peut lire dans la thèse de Fernet : « Enfin le rhumatisme peut se déterminer sur la conjonctive et y donner lieu soit à une

congestion simple caractérisée par de la rougeur, soit au développement de papules et même de vésicules. » Mais l'auteur ne parle nullement d'affections keratiques.

En 1867 Dolbeau admet que l'iritis simple peut aussi bien que l'irido-choroïdite dépendre du rhumatisme.

Enfin pour Besnier le rhumatisme aigu peut quelquefois avoir pour complication une conjonctivite érythémateuse légère et éphémère, tandis que dans le rhumatisme chronique cette conjonctivite est beaucoup plus fréquente et plus tenace.

Et de la cornée, toujours rien. Il faut attendre la communication que fit en 1884 Monsieur le Professeur Terrier à la société française d'ophtalmologie. Dans cette communication est relatée l'histoire détaillée d'un malade qui eut des accidents gastriques, articulaires et oculaires, tantôt successivement et tantôt simultanément. Les accidents oculaires s'étaient manifestés du côté de la membrane irido-choroïdienne, du côté de la conjonctive et du côté de la cornée. Sur cette dernière apparurent « de petits points blanchâtres auxquels ont succédé de petites *ulcérations* à bords taillés à pic ; huit jours plus tard ces petits *ulcères* sont à peu près réparés. »

Les principales conclusions de l'auteur sont :

1° Le rhumatisme articulaire peut être accompagné d'accidents oculaires.

2° Qui se manifestent tantôt du côté de la conjonctive, tantôt du côté de la cornée, tantôt du côté de la sclérotique et tantôt du côté de la membrane irido-choroïdienne.

3° Le traitement est celui du rhumatisme généralisé

aigu qui toutefois ne doit pas empêcher une thérapeutique locale et rationnelle.

Cette communication semble avoir attiré l'attention sur les affections arthritiques de l'œil.

La même année en effet, M. le docteur Parinaud publie des observations démontrant que le rhumatisme comme la syphilis, outre l'iritis, la sclérite et certaines conjonctivites, peut produire des choroïdites, des névro-rétivites et des keratites parenchymateuses. Pour faire le diagnostic, il faut dit-il s'appuyer sur les antécédents et sur la constitution du malade, de même que sur l'influence du traitement.

Encore en 1884, dans une leçon faite à l'Hôtel-Dieu, M. le Professeur Panas reconnaît que le rhumatisme peut s'attaquer à la cornée en produisant une keratite interstitielle parenchymateuse profonde. Moins exclusif qu'Hutchisson qui ne voit dans cette keratite qu'une manifestation hérédo-syphilitique, il reconnaît qu'en dehors de l'arthritisme cette keratite peut encore être due au lymphatisme et aussi à la syphilis. C'est pourquoi le traitement doit varier suivant l'état pathologique du malade.

Un peu plus tard, dans une thèse inspirée par mon maître M. le Docteur Abadie, l'auteur le docteur Burucua distingue deux sortes de keratites rhumatismales. L'une déjà admise, la keratite parenchymateuse, l'autre la keratite ulcéreuse. Deux observations sont citées à l'appui. Nous y reconnaissons enfin notre ulcère marginal arthritique. Mais depuis nul n'a songé sérieusement à compléter son étude.

Et cependant depuis cette époque, combien de travaux et de mémoires n'ont-ils pas été publiés sur l'étiologie et le traitement des ulcères de la cornée ? Malheureusement tout ces auteurs semblent assez peu distinguer les différentes ulcérations de la corné. Tous également ont surtout en vue le traitement de l'affection qu'ils nomment ulcère infectieux.

Quant à l'étiologie, tout le monde accuse un microbe pathogène d'être l'auteur des ulcères cornéens. Tout le monde également fait jouer un grand rôle aux affections des voies lacrymales. Et cet agent septique d'où vient-il ? Tantôt il est introduit avec un corps étranger ; tantôt il provient des culs de sacs conjonctivaux, ou plus souvent encore des conduits lacrymaux ou des fosses nasales.

Comment pénètre-t-il ? Par une érosion, par une petite blessure de l'épithélium cornéen, blessure produite soit par un corps étranger, soit par une granulation de la conjonctive palpébrale, soit par le bord ectropioné des paupières.

Ange Verdesse admet un ulcère où l'élément infectieux n'intervient pas et qui serait dû exclusivement, à la suite de dacryocystite, à l'excessive imbibition des larmes agissant sur la cornée comme une solution concentrée de chlorure de sodium.

Pour nous, de même qu'un traumatisme n'est que le prétexte d'un ulcère à la jambe chez un variqueux ou un syphilitique, de même les causes invoquées ci-dessus ne sont que le prétexte d'un ulcère cornéen chez un arthritique.

Et que le lecteur ne se figure pas que nous prenions plaisir à charger l'arthritisme de tous les péchés d'Israël. Non, mais si nous insistons sur ce point, c'est que nous sommes convaincus de la justesse de notre cause et de la véracité de nos assertions.

Comme preuve, lisez plutôt nos six observations. Malheureusement ce nombre est restreint, car nous n'avons songé qu'assez tard à publier une étude sur ce sujet.

Sur nos six malades, il n'en n'est pas un chez lequel on ne puisse trouver quelque stigmate d'arthritisme. L'un (A) est maigre et brun comme la plupart des jeunes arthritiques, il a eu des névralgies frontales et lombaires et même quelques douleurs articulaires. Un autre (B) a eu des douleurs dans les lombes, mais en plus il a de l'albumine dans l'urine, or nous avons vu que Bouchard range l'albuminurie parmi les maladies par ralentissement de la nutrition. Inutile d'insister sur le cocher qui fait l'objet de l'observation C, lequel cocher a eu des rhumatismes et plusieurs attaques de sciatique. Le suivant (D) a eu des douleurs rhumatismales à plusieurs reprises, il a également des varices et des hémorroïdes. E est obèse et sujet à des migraines et à la sciatique. F a eu des douleurs dans les reins et des migraines, actuellement il se plaint de raideur dans les articulations.

Tous ces malades présentent donc bien des affections communes aux individus dotés de la diathèse arthritique.

Et quand même on ne trouverait chez l'un deux aucun antécédent rhumatismal, nous n'en serions pas davantage étonnés, notre conviction n'en serait pas moins inébran-

lable et notre théorie pas moins solide. Ce serait chez cet individu la première manifestation de son état diathésique, voilà tout. En effet pourquoi cette diathèse qui se manifeste tantôt par une maladie, tantôt par une autre, heureusement pour le patient qui vraiment serait à plaindre s'il lui fallait monter toute la gamme des maladies arthritiques, pourquoi disons-nous cette diathèse qui peut se manifester par un rhumatisme aigu ou chronique ou bien par de l'eczéma ne se manifesterait-elle pas aussi bien par un ulcère de la cornée ? Et d'ailleurs puisqu'aujourd'hui il est admis que la ténionite, l'iritis, la sclérite, la conjonctivite peuvent être d'origine rhumatismale, pourquoi ne pas accorder cette étiologie à notre ulcère marginal ?

Si tous nos malades ont des antécédents arthritiques, il n'y en a qu'un présentant une affection des voies lacrymales. Il n'y a donc que celui-là chez lequel on pourrait sérieusement invoquer l'étiologie lacrymale. Evidemment la dacryocystite a pu contribuer à la production de l'ulcère, peut-être même si les larmes n'avaient pas continuellement baigné l'épithélium cornéen, n'y aurait-il jamais eu d'ulcère ? Mais peut-être aussi et sûrement même, malgré tous ses rétrécissements et toutes ses larmes, s'il n'avait été arthritique, ce malade n'aurait jamais eu d'ulcère marginal, puisque la majorité de nos malades n'ont rien aux voies lacrymales et que parmi la multitude de ceux qui se plaignent de dacryocystite on ne rencontre l'ulcère marginal que chez les manifestements arthritiques.

La conclusion qui découle de tout cela c'est que les ulcères marginaux se manifestent peut-être plus facilement

chez les arthritiques ayant des affections lacrymales, mais ces affections ne sont pas indispensables, ce qui est indispensable, c'est la diathèse.

Quand aux microbes pathogènes, tout le monde admet que pour leur livrer passage il faut une solution de continuité de l'épithélium, de sorte qu'ils ne viennent qu'en second lieu. Nous admettons volontiers que l'ulcère une fois formé, si petit soit-il, les microcoques et les bacilles peuvent s'y précipiter, s'y bien trouver, y séjourner, y croître et y multiplier. Leur rôle alors est non pas de former l'ulcère puisqu'il existe avant leur invasion, mais bien de l'infecter quand la nature et l'art leur en laissent le loisir.

Si nous n'avons rien dit des ulcérations dues uniquement aux granulations palpébrales ou aux bords des paupières ectropionnées, c'est que nous les considérons comme de simples plaies cornéennes s'infectant à la façon de toutes les blessures dues à n'importe quel traumatisme.

L'ulcère marginal n'est pas plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Mais si le sexe n'a pas d'influence, il n'en est pas de même de l'âge. Inconnu avant vingt ans, très rare avant trente ans, on le rencontre généralement aux environs de quarante ans. Sur 43 malades venus du mois de février au mois de décembre à la clinique du docteur Abadie, 4 avaient de 25 à 35 ans, 16 de 35 à 45, 9 de 45 à 55, 12 de 55 à 65 et deux plus de 65 ans.

Les saisons ne paraissent pas avoir grande influence, peut-être cependant l'ulcère marginal est-il plus fréquent au printemps.

SYMPTOMATOLOGIE

Cet ulcère tour à tour nommé ulcère en coup d'ongle, ulcère annulaire, ulcère par abraison, ulcère eczémateux, ulcère herpétique ou serpigineux, *ulcus circinnatus*, doit son nom de marginal à la position qu'il occupe sur le bord, la marge de la cornée. Jamais il n'occupe le centre. Le plus souvent il est distant du limbe cornéen d'à peine un millimètre. Sa forme est irrégulière, le plus souvent allongée dans le sens de la circonférence cornéenne. Il est parfois tellement allongé qu'il est presque linéaire, c'est à cette variété qu'on a donné le nom d'ulcère en coup d'ongle.

Il est taillé à pic, ses bords sont légèrement surélevés. Son fond est grisâtre, jaunâtre lorsqu'il est infecté. Il peut être transparent, surtout s'il est petit et à son début. Dans ce cas alors on ne le voit bien qu'à la lumière oblique.

L'ulcération est généralement entourée d'un halo opalescent qui parfois peut couvrir une grande partie de la cornée. Les conjonctives tant oculaire que palpébrale sont rouges et fortement congestionnées. Parfois aussi quelques vaisseaux plus foncés indiquent une hyperémie de la sclérotique, mais jamais on ne trouve la couleur lie de vin

pathognomonique de la sclérite. Comme pour la keratite pustuleuse, la conjonctive envoie à l'ulcère un fin bouquet de vaisseaux de néo-formation.

L'œil est humide et larmoyant mais il est propre et jamais n'est recouvert des écoulements muqueux ou purulent des conjonctivites catharrale ou purulente.

La photophobie n'est pas constante.

Mais ce qui existe toujours c'est une douleur semblable à celle de l'iritis, douleur s'irradiant dans la tempe et dans tout le côté du front malade. Cette douleur est parfois si violente qu'elle interdit tout sommeil et tout repos.

Cet ulcère paraît bien facile à diagnostiquer, cependant un œil inexercé, un praticien non habitué aux maladies des yeux peuvent prendre cet ulcère pour une simple conjonctivite ou pour une keratite pustuleuse. On peut encore le confondre avec une ulcération résultant du frottement d'une granulation. S'il est infecté on le confondra facilement avec une plaie infectieuse.

L'ulcère peut être si petit et si transparent qu'à première vue vous ne croyez avoir à faire qu'à une simple conjonctivite. Mais interrogez le malade. Il se plaint de douleurs péri-orbitaires et il n'a rien à l'iris. Alors à l'aide de l'éclairage oblique cherchez autour de la cornée, vous y trouverez le corps du délit sous forme d'une petite ulcération superficielle et transparente. Voyez s'il a ou s'il a eu des manifestations de l'arthritisme.

Quel âge a le malade? S'il a moins de vingt ans c'est une présomption en faveur de la keratite pustuleuse, s'il a plus de 30 ans c'est presque sûrement un ulcère arthri-

tique. Existe-t-il des douleurs péri-orbitaires ? Voyez si le malade est lymphatique ou arthritique.

Si l'on a à faire à une plaie infectieuse, le malade nous dira tout de suite qu'il a reçu un corps étranger ou un coup dans l'œil.

Nous avons vu dernièrement un malade présentant une affection oculaire qui rappelait à s'y méprendre l'ulcère marginal. En effet tout près du bord interne de la cornée on voyait une ulcération grisâtre longue de deux millimètres et large de un environ, allongée dans le sens vertical ; l'œil était rouge et larmoyant. Mais ce malade avait à peine vingt ans, il était blond et ses lèvres étaient épaisses, en un mot c'était presque le type du lymphatique.

D'où donc pouvait provenir son ulcération ? De granulations siégeant à la paupière supérieure et qu'on apercevait aussitôt qu'on se donnait la peine de renverser cette paupière.

En un mot pour diagnostiquer l'ulcère marginal de la cornée, après avoir attentivement examiné l'affection locale, n'oublions jamais d'interroger le malade sur ses antécédents pathologiques.

PRONOSTIC ET COMPLICATIONS

Le pronostic de l'ulcère marginal soigné convenablement et à temps est toujours bénin. Le malade guérit généralement en une quinzaine de jours. Souvent par exemple il reste un léger lencôme, surtout si l'ulcère était assez profond et s'il a mis longtemps à se combler. Ces lencômes ne troublent en rien la vision puisqu'ils sont marginaux comme l'ulcère qui leur a donné naissance. Quelquefois cependant il peut se faire que l'ulcère un peu plus éloigné du limbe cornéen se soit étendu vers le centre de la cornée, dans ce cas il en résulte un peu d'opacité qui empiète sur le bord du champ pupillaire et qui peut légèrement troubler la vision.

Si l'ulcère n'a pas été soigné à temps, il peut perforer la cornée, et il se produit alors une fistule ou plus souvent un enclavement irien qui plus tard pourra causer de nombreux désagréments.

Mais la complication de beaucoup la plus fréquente, est la formation de pus dans la chambre antérieure. On se trouve alors en présence d'un ulcère à forme grave rentrant dans la variété nommée depuis Sæmish ; *ulcus serpens* ou ulcère infectieux.

Dans cette complication les agents septiques jouent évidemment le premier rôle et généralement ils proviennent

des voies lacrymales. Eu effet cette complication est surtout à craindre chez les individus atteints de dacryocystite ou bien d'ozène.

Mais ce pus, cet hypopion, on les rencontre dans toutes plaie cornéenne qui s'infecte, que cette plaie résulte d'une blessure faite par un corps étranger ou bien qu'elle soit produite par le frottement d'une granulation.

Aussi nous terminerons ce paragraphe en disant que s'il y a des ulcérations secondaires infectieuses de la cornée, l'ulcère primitif infectieux, lui, n'existe pas.

TRAITEMENT

Une multitude de traitements ont été préconisés pour l'ulcère de la cornée. Le plus connu est le pansement occlusif dû à Guna Pinto de Lisbonne. C'est le traitement qu'emploient Messieurs les docteurs Valade et Vignes ; ce dernier y joint la poudre d'aristol. Beaucoup y joignent la poudre d'iodoforme.

On a conseillé les instillations d'ésérine ou d'atropine avec un peu de sulfate de quinine.

Dans l'ulcère grave, le docteur Suarez emploie l'acide phénique pur. Au contraire le docteur Chibert préconise la teinture d'iode qu'il trouve moins brutale que le galvano-cautère détruisant microbe et tissu sain comme le pavé de l'ours, la mouche et le jardinier. De plus la teinture d'iode « pousse vers l'organisation les éléments cellulaires ébranlés par l'infection. » Ce qui n'empêche pas le galvano-cautère d'être couramment employé et si c'est un pavé, il n'est pas toujours manié par un ours, aussi donne-t-il souvent de bons résultats.

Dans ces derniers temps on a préconisé les cautérisations à l'acide lactique.

A la séance du 4 mai 1893 de la société d'ophtalmologie, Monsieur le docteur de Wecker a préconisé le grattage et le raclage des ulcères. « Le but de cette manière,

dit-il, est de substituer aux parois infectées qui existaient, une plaie cornéenne normale, laquelle sous un pansement antiseptique occlusif guérira sans s'infecter de nouveau. On pratique encore la paracenthèse et le lavage de la chambre antérieure.

On voit d'après cette énumération que, dans les ulcères de la cornée, les auteurs ne voient que l'élément infectieux.

Nous au contraire qui reléguons au second plan l'action de l'agent septique et qui accusons la diathèse arthritique de produire la lésion que nous avons décrite, nous instituons un traitement tout différent.

Puisque l'état général est le grand coupable, il faut s'efforcer de le modifier. C'est pour cela que toujours nous ordonnons le salicylate de soude. Et à quelle dose? A faible dose mais longtemps continuée. Nous n'en donnons qu'un gramme par jour et nous y joignons trente ou cinquante centigrammes de sulfate de quinine suivant l'intensité des phénomènes douloureux. Lorsque les douleurs sont disparues, on abandonne le sulfate de quinine, mais il faut continuer jusqu'à la fin le salicylate de soude. D'après nos observations, voyez le résultat; les douleurs diminuent, cessent même dès les premiers jours.

Outre ce traitement général, nous instituons également un traitement local parce que nous croyons que cet ulcère est une porte ouverte à l'infection. Aussi pour la prévenir autant que possible nous ordonnons des lavages au sublimé à 1/3000 répétés trois ou quatre fois par jour.

Si l'ulcère est infecté, cherchons d'abord d'où peut provenir cette infection. S'il y a de la dacryocystite désin-

fectons d'abord les voies lacrymales. Si l'on trouve de l'ozène, faisons dans le nez des pulvérisations de sublimé à 1/2000. Si l'on ne trouve, rien, il faut alors bien laver et désinfecter l'œil, puis appliquer un pansement occlusif auquel il est bon de joindre un peu de poudre d'iodoforme.

Il est rare alors que tous les accidents, ulcère et infection ne rétrocedent vivement devant ce double traitement général et local.

OBSERVATIONS

Toutes ces observations sont personnelles et ont été recueillies à la clinique de Monsieur le docteur Ch. Abadie.

Ulcère

OBSERVATION A

M. Br... 27 ans; maigre et brun a eu depuis quelques années des douleurs articulaires plus ou moins vives ou fugaces, il est sujet aux névralgies frontales et lombaires.

Son père a eu des rhumatismes de même que son frère. Au commencement de septembre il s'est aperçu que son œil droit devenait rouge et douloureux. Eu même temps il a commencé à souffrir dans tout le côté droit du front. N'ayant consulté personne il s'est lavé l'œil avec de l'eau boriquée, ce qui du reste, l'a très peu soulagé.

Son œil enfin n'allant pas mieux et les douleurs péri-orbitaires continuant d'augmenter, il vient à la clinique du docteur Abadie le 6 octobre 1894.

On constate alors à l'œil droit que la conjonctive est rouge et fortement hyperémiee.

Avec un peu d'attention on voit sur la partie inféro-externe de la cornée, tout près de la conjonctive, une petite ulcération grisâtre, superficielle et un peu plus longue que large.

Pas d'exsudat muqueux et l'œil n'est pas collé le matin.
On lui prescrit alors le traitement suivant :

1° Salicylate de soude 1 gr.

Sulfate de quinine 0,50 centig.

Le 9, il ne souffre plus et l'œil est beaucoup moins rouge, l'ulcération n'a guère changé.

Le 12, tout est à peu près disparu y compris l'ulcère.

Le 15, on ne voit plus rien, on le considère guéri.

OBSERVATION B.

M. Ph... 63 ans, s'est toujours bien porté malgré des digestions difficiles et quelques douleurs légères dans la région lombaire. — On a trouvé de l'albumine dans les urines.

Le 15 octobre il a ressenti quelques douleurs dans l'œil gauche et en même temps la conjonctive devenait rouge. Il ne sait pas quand l'ulcère a commencé.

Le 7 novembre, l'œil va de plus en plus mal et en outre le malade ressent des douleurs si violentes qu'elles l'empêchent de dormir. Aussi revient-il nous consulter le 8.

On constate sur le bord supéro-interne de la cornée gauche une ulcération large d'environ un 1/2 millimètre et longue d'un bon millimètre. Cette ulcération peu profonde, à fond jaunâtre est entourée d'une région flou qui va se fondant peu à peu avec le reste de la cornée. De nom-

breux petits vaisseaux relient cet ulcère à la conjonctive, de sorte qu'à première vue on le croirait tout à fait sur le limbe cornéen, bien qu'il en soit distant d'environ un 1/2 millimètre.

La conjonctive est fortement infectée. Dans la chambre antérieure on distingue parfaitement un commencement d'hypopyon.

Diagnostic : ulcère arthritique infecté.

Nous lui donnons notre traitement au salicylate et quinine. De plus comme il y a du pus, localement on lui met de la poudre d'iodoforme et un pansement occlusif.

Le 10 les douleurs ont déjà diminué et la conjonctive paraît moins enflammée.

Le 13 l'ulcération n'est plus jaunâtre mais grise et le malade ne souffre presque plus.

Le 16 on ne trouve plus trace d'hypopyon. L'ulcère est devenu très superficiel. La conjonctive est toujours enflammée et les vaisseaux la relient encore à la lésion cornéenne.

Le 20 l'ulcération est presque transparente et le halo qui l'entourait n'existe plus, la conjonctive est moins rouge et le malade se trouve très bien.

Le 3 décembre, l'œil gauche n'est guère plus rouge que l'autre. A la lumière oblique on constate encore une très légère dépression dépolie, qui vue de face apparaît à peine comme un léger nuage.

Le 8 décembre, on constate la guérison.

OBSERVATION C.

M. B..., 43 ans, a eu des rhumatismes et des névralgies sciatiques. Il est obèse et paraît avoir de la tendance à l'eczéma de la face.

Depuis trois jours il souffre dans l'œil et tout autour de l'œil droit qui du reste pleure depuis plusieurs années.

Le 5 décembre, on remarque comme une légère égratignure d'épingle à la partie inférieure de l'œil droit.

La conjonctive et la sclérotique sont congestionnées.

Le malade souffre dans tout le côté droit du front.

Traitement : Salicylate de soude et sulfate de quinine.

De plus on désinfecte les voies lacrymales qu'on dilate depuis huit jours.

Le 7 décembre, l'œil est moins rouge et la petite ulcération est très peu visible. Les douleurs ont à peu près complètement cessé.

Le 10 décembre, avec beaucoup d'attention à la lumière oblique on voit encore une légère nébulosité à la place de l'ulcération. Plus de douleurs.

Le 13 décembre, le malade est guéri.

OBSERVATION D.

M. S..., 69 ans, assez bien portant, quoique digérant difficilement et ayant des varices et des hémorroïdes. Il a eu des douleurs articulaires à différentes reprises.

Il y a deux ans il a eu un ulcère marginal de l'œil droit qui a duré deux mois, traité par le salicylate et le sulfate de quinine avec lavages au sublimé, il est guéri sans qu'on retrouve trace de la maladie.

Il y a huit jours l'œil est devenu rouge en même temps qu'apparaissait une tache dans la partie inféro-interne de la cornée, troublant la vision au point d'empêcher la lecture.

Le malade souffre dans tout le côté gauche du front.

Aujourd'hui 6 novembre 1894, il se plaint d'une pénible sensation de sable dans l'œil gauche, surtout dans l'angle interne et de douleurs sourdes dans tout le côté correspondant de la tête, de plus la vision est très troublée.

On voit une petite ulcération irrégulière, allongée, vers le bord inféro-interne de la cornée. Une nébulosité entoure cette ulcération et couvre environ les 2/3 de la cornée.

La conjonctive et la sclérotique sont enflammées et de fins vaisseaux se dessinent sur la partie inféro-interne de la cornée.

Diagnostic : ulcère arthritique.

Traitement : salicylate et quinine avec lavages au sublimé.

Le 10 novembre, l'œil est bien moins rouge, les douleurs ont disparu. Il ne reste pour ainsi dire plus que du flou.

Le 14 l'œil est à peu près complètement revenu à l'état normal.

Le malade n'est pas revenu ; sans doute qu'il était complètement guéri.

OBSERVATION E

M. C... 39 ans, brun et obèse. Depuis 18 ans il a souvent des névralgies sciatiques ou des migraines.

Depuis huit jours il souffre de l'œil gauche et de toute la région environnante.

Il vient nous trouver le 8 novembre. On trouve alors un petit ulcère marginal typique en coup d'ongle qui se trouve à environ $1/2$ millimètre du bord inféro-externe de la cornée. Cet ulcère très superficiel, à fond gris, est long d'environ 2 millimètres et trois fois moins large.

La conjonctive est congestionnée, l'œil ne larmoye pas et n'est pas collé le matin.

Traitement : salicylate et quinine ; lavages au sublimé.

Le 12 le malade ne souffre plus, la conjonctive n'est presque plus rouge et l'ulcère est à peine visible.

Le 15 tout est rentré dans l'ordre et le malade est considéré guéri.

OBSERVATION F

N. B. Cette observation est abrégée parce que le malade était déjà en traitement avant que nous ne songions à ce travail.

Nous la relatons cependant à cause de l'étiologie et du traitement.

M. F..., 47 ans, brun, maigre ; est dyspeptique, sujet à de violentes migraines et à des douleurs lombaires.

Actuellement il se plaint de raideur dans les articulations.

Est venu nous trouver à la fin du mois d'août pour une affection oculaire accompagnée de douleurs qui l'empêchent de dormir.

Diagnostic : Ulcère marginal arthritique avec léger hypopyon. Comme traitement nous lui avons ordonné le salicylate et la quinine ainsi qu'un pansement occlusif qu'il a gardé pendant trois semaines environ.

Aujourd'hui, 8 octobre 1894, le malade ne souffre plus ; l'œil n'est presque pas rouge, il reste seulement un nuage s'étendant du bord interne de la cornée jusqu'au bord du champ pupillaire.

Le 15 l'œil n'est plus du tout enflammé et le malade est guéri, mais il garde un lécôme peu épais s'étendant du bord interne de la cornée jusqu'à un millimètre environ du centre.

CONCLUSIONS

1° Dans toutes les affections oculaires, rechercher si l'individu n'est point en possession de diathèse.

2° A côté du traitement local instituer un traitement général en conséquence.

3° Il existe un ulcère primitif arthritique de la cornée ;

4° C'est l'ulcère marginal.

5° Il y a *des* ulcères infectieux de la cornée

6° Et non pas *un* ulcère infectieux.

Vu :

Le Président de la thèse,

TILLAUX.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Traité des maladies des yeux.
— Traitement et pathogénie des ulcères graves (Bulletin de la société d'ophtalmologie 1889).
- BOQUIN. — Thèse 1884.
- BURUCUA. — Thèse 1884.
- BOUCHARD. — Maladie par ralentissement de la nutrition.
- DEHENNE. — Traitement de l'ulcère serpigneux. (Recueil d'ophtalmologie 1887).
- HALLOPEAU. — Pathologie générale.
- JACCOUD. — Dictionnaire, article scrofuleuse.
- CORVES. — Ophthal. soc. of London 1887 Trait des ulcères rongeurs de la cornée.
- GUAITA. — Des ulcères profonds de la cornée et de leur trait. antisept.
- PARINAUD. — Affection rhum. de l'œil Bul. de la soc. d'ophtl. 1884.
- PANAS. — Traité des maladies des yeux.
- TERRIER. — Ophthalmierhum. Archives d'ophtal. 84
- DE WECKER. — Trait. des ulcères et des abcès excrucés de la cornée par le raclage et l'irrigation — An. d'ocul. 1893

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE I. — Considérations générales.....	11
1 ^o Ulcération.....	11
2 ^o Diathèse.....	12
3 ^o Lymphatisme.....	13
4 ^o Arthritisme.....	15
CHAPITRE II. — Ulcérations lymphatiques.....	17
1 ^o Etiologie.....	17
2 ^o Symptomatologie.....	19
3 ^o Pronostic et complications.....	21
4 ^o Traitement.....	22
5 ^o Observations.....	23
CHAPITRE III. — Ulcérations arthritiques.....	27
1 ^o Etiologie.....	27
2 ^o Symptomatologie.....	34
3 ^o Pronostic et complications.....	37
4 ^o Traitement.....	39
5 ^o Observations.....	42
CONCLUSIONS.....	49
BIBLIOGRAPHIE.....	51

